



Place label or

1. Nombre Impreso _____ FDN ____/____/____

Por la presente autorizo la entrega / declaración de la siguiente información específica

- Solamente lo siguiente:** todos los resultados de Papanicolau incluye los de alto riesgo VPH y el historial de colposcopia / LEEP (Only the following: all Pap results including high-risk HPV / Colposcopy / LEEP records) (Provider _____)
- Exámen anual más reciente / examen post-parto incluye notas médicas, exámenes de laboratorio, y resultados de Papanicolau (Most recent annual exam / postpartum exam including chart notes, lab work, and Pap results) (Provider _____)
- Toda la información de salud generada por esta instalación (no incluye información de otras fuentes) (All health information generated by facility (do not send health information from other sources)) (Provider _____)
- Toda la información de salud guardada en esta instalación (incluye información de otras fuentes) (All health information kept at facility (do include health information from other sources)) (Provider _____)
- Otro, especifique _____ (Other, specify) (Provider _____)

2. A menos que haya colocado mis iniciales abajo, autorizo la entrega de información sobre la siguiente condició(nes): ____Abuso de drogas ____Psiquiátrico ____Abuso de alcohol ____VIH/SIDA

3. Propósito de la entrega de información:

- Atención médica continua
- Uso personal
- Seguro Médico
- Legal
- Otro _____

4. Marque uno: PARA / DE: **Boulder Valley Women's Health Center**
2855 Valmont Road
Boulder, CO 80301
Phone 303-442-5160 Fax 303-440-8769

5. Marque uno: PARA / DE: Instalación/Proveedor/Individuo _____
Dirección _____
Ciudad/Estado/Código Postal _____
Teléfono _____ Fax _____

6. Al marcar esta caja, autorizo el envío de mi información de salud vía fax.

7. Marque cada caja para indicar que lo entiende.

- Una copia de esta autorización deberá ser utilizada con la misma eficacia que la original.
- Entiendo que puedo anular esta autorización en cualquier momento como se indica en la Notificación de Prácticas de Información de Salud.
- Entiendo que dicha revocación no aplica a la medida en que las personas autorizadas para utilizar o divulgar mi información de salud hayan actuado en función de la autorización.
- Entiendo que esta autorización expira a un año desde la fecha de este documento: _____ (fecha de expiración)
- Entiendo que pueden existir gastos de impresión. El costo establecido por el Estado de Colorado es de \$14.00 por las 10 primeras o menos páginas, 50 centavos por página de 11-40 páginas, y 33 centavos por página después de 40 páginas.
- Entiendo que Women's Health no puede condicionar tratamiento o pagos si firmo esta forma.
- Entiendo que la información que he autorizado pueda ser re-utilizada por el destinatario y ya no pueda ser protegida por esta autorización.

8. _____ / ____/____
Firma del paciente Fecha

Sent by _____ Date sent ____/____/____ RT PHI
